UEBER

CYSTEN DER VAGINA.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

IN DER

MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

UNTER DEM PRÄSIDIUM

VON

DR. JOHANN VON SAEXINGER

O. Ö. PROFESSOR DER GEBURTSHILFE UND VORSTAND DER KGL. FRAUENKLINIK

DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT IN TÜBINGEN

VORGELEGT

VON

RUDOLF MELLINGHOFF

APPROB. ARZT AUS WERDEN A. D. RUHR.

TÜBINGEN 1896.

VERLAG DER H. LAUPP'SCHEN BUCHHANDLUNG.

UEBER

CYSTEN DER VAGINA.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

IN DER

MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

UNTER DEM PRÄSIDIUM

VON

DR. JOHANN VON SAEXINGER

O. Ö. PROFESSOR DER GEBURTSHILFE UND VORSTAND DER KGL. FRAUENKLINIK

DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT IN TÜBINGEN

VORGELEGT

VON

RUDOLF MELLINGHOFF

APPROB. ARZT AUS WERDEN A. D. RUHR.

TÜBINGEN 1896.

VERLAG DER H. LAUPP'SCHEN BUCHHANDLUNG.

DRUCK VON H. LAUPP JR IN TÜBINGEN

Die Häufigkeit der krankhaften Prozesse im weiblichen Sexualapparat ist sowohl durch seine eigenartige Entwickelung wie die Funktionsthätigkeit, durch welche er bei der Menstruation, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bedeutende Veränderungen erleidet, bedingt. Ein besonders grosses Gebiet nehmen in der Gynäkologie die Neubildungen ein, die ihren Sitz und Ausgangspunkt meistens im Uterus oder in den Ovarien haben, während die Scheide seltener Tumoren aufweist. Von den Vaginalgeschwülsten haben in neuerer Zeit hauptsächlich die Cysten der Scheide eine besondere Beobachtung erfahren, als sie sowohl in ätiologischer wie pathologisch anatomischer Hinsicht ein aufmerksames Interesse verdienen. Während die Litteratur vor 1871 nur spärliche Mitteilungen und wenig Brauchbares für die wissenschaftliche Beurteilung der Vaginalcysten darbietet, hat sie hauptsächlich in neuerer Zeit durch Winckels Veröffentlichungen über dieses Krankheitsbild und durch zahlreiche Abhandlungen und kasuistische Mitteilungen von bedeutenden Autoren einen wertvollen Zuwachs erhalten. Es ist bekannt, dass früher die Scheidencysten zu grossen Seltenheiten zählten, heute jedoch wissen wir, dass sie weit häufiger vorkommen, als früher behauptet wurde. Dass dieses Leiden oft übersehen wird und erst bei einer anderen gynäkologischen Untersuchung oder

auf dem Sektionstisch zufällig entdeckt wird, hat wohl darin seinen Grund, dass es meist kleine Cysten sind, welche nur geringe oder gar keine Schmerzen verursachen und keine Beschwerden machen. Wenn nun dies auch für die Mehrheit der Fälle zutrifft, so kommen doch Cysten zur Beobachtung, die lästige Beschwerden und andere charakteristische Symptome aufweisen, welche zur Diagnose von Wert sind. Die Kranken klagen über ein Gefühl der Schwere in der Scheide, einen Zug nach unten, oft über Fluor, Harn- und Stuhldrang; ferner können die Cysten Dysmenorrhoe, heftige Schmerzen beim coitus, ja bei starker Ausdehnung selbst Hindernisse bei der Geburt hervorrufen. Zu verwechseln ist eine Vaginalcyste manchmal mit einem Scheidenvorfall, in seltenen Fällen mit Cysto- oder Rektocelen. Nach Gesagtem ist es einleuchtend, dass die Scheidencysten ein reges Interesse beanspruchen dürfen, besonders hinsichtlich ihrer Entstehung und ihres anatomischen Baus. Die Ansichten der vielen Forscher über diese Krankheit gehen noch heute weit auseinander, doch haben hauptsächlich Winckel, v. Preuschen und G. Veit durch eingehende Untersuchungen das früher so ganz unerforschte und dunkle Gebiet, wenn auch noch nicht in wünschenswertem Masse, so doch bedeutend aufgeklärt. Es erscheint mir nun nicht uninteressant, an der Hand eines hier in der gynäkologischen Klinik beobachteten Falles von Vaginalcysten auf die jetzt herrschenden Anschauungen über dieses Leiden etwas näher einzugehen. Zuerst teile ich den Fall mit.

C. E. aus Pfullingen. 39 Jahre alt, verheiratet; aufgenommen in die Klinik am 21. VI. 95.

Anamnese: Im 16. Jahre trat die Periode ein und zwar immer regelmässig, vierwöchentlich, dreitägig, mit mässigem Blutverlust und ohne Schmerzen.

Patientin hat 7 mal geboren, das letzte Mal im Dezember 1894. Vier Kinder leben.

Die drei ersten Kinder wurden mit der Zange lebend entwickelt, in den übrigen Schwangerschaften wurde die künstliche Frühgeburt eingeleitet, wobei nur ein Kind lebend zur Welt kam und am Leben blieb.

Nach der fünften Geburt (Frühgeburt im Jahre 1889) ist Patientin am Kindbettfieber erkrankt. Seit der letzten Geburt, seit Dezember 1894, hat Patientin sehr starke menstruelle Blutungen, ferner einen drückenden Schmerz in der Scheide und anhaltenden Drang zum Wasserlassen.

Beim Stuhlgang sind hie und da Schmerzen vorhanden.

Status präsens: Die hintere Scheidenwand ist halbkugelig vorgewölbt durch einen orangengrossen, weichen Tumor, der fluktuationsähnliches Gefühl hat, wenig beweglich ist und zwischen Scheide und Mastdarm im Septum recto-vaginale hoch hinaufreicht. Vom Mastdarm fühlt man die untere Hälfte des Tumors; der ganze Tumor liegt etwas extramedian. Der Uterus ist anteflektiert, die Portio durch den Tumor nach hinten gedrängt. Die Parametrien sind frei. Das Promontorium ist zu erreichen und das ganze Becken abzutasten. Zweimal wurde der Tumor unmittelbar vor der Geburt incidiert und der Inhalt entleert, da durch die Grösse des Tumors ein Geburtshindernis erzeugt wurde.

Diagnose: Vaginalcyste. Am 3. VII. 1895 Operation durch Privatdozent Herrn Dr. Winternitz.

Die von den früheren zwei Incisionen vorhandene Narbe wird umschnitten und die Cyste ringsum ausgelöst, wobei die sehr dünne Wand mehrmals einreisst und sich atheromartiger Brei entleert. Die Cyste geht so tief an den Mastdarm heran, dass derselbe an einzelnen Stellen auseinander weicht. Die Cyste geht hoch oben bis ans Kreuzbein hinauf, weshalb die vollständige Ausschälung sehr schwer ist. Nach Entfernung dieser Cyste findet man hinter derselben noch eine kleinere, etwa nussgrosse Cyste von derselben Beschaffenheit in Bezug auf Wand und Inhalt. Auch diese wird entfernt. Die mehr als orangengrosse durch Ausschälung der Cyste entstandene Höhle wird durch versenkte Katgutnähte allmählig verkleinert; um die Risse im Mastdarm zum Verschluss zu bringen, wird vom Anus bis zu den Rissen das ganze Rohr gespalten und wie bei einem vollständigen Mastdarmdammriss in der gewöhnlichen Weise vernäht. Reaktionsloser Verlauf und Heilung per primam. Der operative Eingriff war kein leichter, da die Cyste sowohl gegen den Mastdarm tief herab sich erstreckte, als auch hoch gegen das Kreuzbein hinaufreichte und wegen der Dünnwandigkeit des Cysten-Sackes die Ausschälung sehr erschwert war, der Verlauf nach der Operation war der denkbar günstigste, die Kranke konnte bald geheilt die Klinik verlassen.

Bevor wir näher auf die Aetiologie und Anatomie der Vaginalcysten eingehen, bemerken wir zur Diagnose, dass, wie schon oben gesagt, kleinere Hohlräume leicht übersehen werden können, die grösseren jedoch durch die nachweisbare Fluktuation bei exakter Untersuchung meist keine Schwierigkeiten bieten. Eine Verwechselung mit

Cystocelen kann man in den meisten Fällen wohl wegen des charakteristischen Sitzes der letzteren vermeiden.

Ueber den Ursprung und die Entwickelung der Scheidencysten gehen die Ansichten der Forscher, welche sich durch gründliche Untersuchungen mit diesem Leiden beschäftigt haben, bedeutend auseinander und die Frage darüber ist noch heute Gegenstand der Kontroverse.

Nach Hausmann findet sich die erste Mitteilung über Scheidencysten bei Morgagni. Später veröffentlichte Okley Heming eine Reihe von Fällen, die ihm als zufällige Sektionsbefunde begegneten. Er bezeichnet sie als verstopfte Schleimbeutel, die mit fadenziehender Flüssigkeit gefüllt, in der Mucosa liegen.

Huguier, der zuerst genauere anatomische Untersuchungen anstellte, hält die Vaginaldrüsen für den Ausgangspunkt der Cysten und zwar unterscheidet er oberflächliche, mit Ausführungsgang versehene, im untern Teil der Vagina liegend und tiefe Drüsen in der Scheidenwand, ohne Ausführungsgang, echte geschlossene Follikel im oberen Vaginalabschnitt. Dementsprechend kennt er auch oberflächliche Cysten mit dünner Wand, oft multipel auftretend und tiefgelegene mit derber Wandung. Den physiologischen Veränderungen und Läsionen der Scheide spricht er einen bedeutenden Einfluss auf das Entstehen der Cysten zu.

Dieser Annahme schliesst sich auch Ladreit da la Charrière an. Er will die Entstehung der Cysten grösstenteils in der mechanischen Insultierung der Scheide beim Coitus und der Geburt, wo das submuköse und intermuskuläre Bindegewebe starke Dehnung und Zerrung erfährt, begründet sehen. In seiner Schrift sagt er: »Les

frottements répétés et la mobilité des organes étant réputés les causes habituelles de la formation des bourses séreuses et de leurs hygromas, lorsque ces tumeurs siègeront dans le cul-de-sac postérieur, ce qui me paraît assez fréquent, on pourra invoquer comme cause la pression du col de l'utérus; lorsqu'elles siègeront ailleurs; les rapports sexuels et phénomènes de l'accouchement.«

In neuerer Zeit hat G. Veit die Ansicht aufgestellt, dass die Vaginalcysten aus Erweiterungen der Wolff'schen Gänge hervorgehen. Diese Vermutung fand viele Anhänger und gilt auch noch heute als eine der wahrscheinlichsten Hypothesen, zumal es keinem Zweifel mehr unterliegen kann, dass die Gärtner'schen Kanäle, Ableitungswege der Wolff'schen Körper, welche Gärtner im Jahre 1822 bei Kühen und Schweinen, v. Preuschen später bei Katze und Fuchs als röhrenförmige Gebilde nachgewiesen hat, auch beim menschlichen Weibe erhalten bleiben.

Beigel entdeckte im Jahre 1878 Ueberreste des Wolff'schen Ganges bei einem menschlichen Fötus.

Rinder fand sie zuerst bei einer erwachsenen Frau. In einer Arbeit über die Gärtner'schen Gänge beim Weibe heisst es: »Residuen der Gärtnerschen Gänge beim menschlichen Weibe finden sich ungefähr in jedem dritten Falle und bleiben bis ins hohe Alter bestehen, entweder als ein mit Muskularis umschlossener Epithelschlauch oder als ein Muskelbündel ohne Epithel.« Diese Kanäle sind mit einem einfachen Cylinderepithel ausgekleidet und ziehen von beiden Seiten des fundus uteris durch den cervix in der vorderen seitlichen Scheidenwand nach abwärts, ohne dass die Mündungen sich bis jetzt hätten auffinden lassen. Von einzelnen

Autoren werden die freien Oeffnungen in der Umgebung des Orificium urethrae angenommen, von den meisten jedoch wurde nichts sicheres darüber ermittelt.

Oft wurde beobachtet, dass die Gänge an einzelnen Stellen sehr weit sind, welche durch ringförmige Einschnürungen wieder von einander getrennt sind; und dass gerade diese Dilatationen an den Orten vorkamen, wo die Mehrzahl der Vaginalcysten konstatiert wird, scheint mir ein weiteres Argument für die Behauptung Veit's zu liefern.

Erst dann aber ist der sichere Beweis dieser so einleuchtenden Theorie von Veit erbracht, wenn es gelingt, von dem Cysteninnern in die Gärtnerschen Kanäle zu kommen.

Winckel fasste alle diese Ansichten zusammen und unterschied drei Arten von Vaginalcysten:

1. solche, die in der Schleimhaut liegen;
2. solche, die in der fibromuskulären Schicht liegen;
3. solche, die im perivaginalen Bindegewebe eingebettet sind.

Zu der ersten Kategorie rechnet er auch diejenigen Cysten, welche durch Verklebung von Schleimhautfalten entstehen und in denen sich das Sekret ansammeln kann.

Die Cysten der zweiten Art, nach seiner Meinung die häufigsten, sollen besonders oft dadurch entstehen, dass traumatische Einwirkungen, wie sie z. B. bei Zangengeburten oder zerstückelnden Operationen vorkommen können, zu Quetschungen der Gewebe führen, in denen Haematome oder oedematöse Infiltrationen sich bilden und so Cysten hervorrufen. Die derbere Kapsel dieser Cysten

mit dem fibrinösen Belag erklärt Winckel durch entzündliche Prozesse entstanden, welche meist neben den Verletzungen einhergehen.

Die dritte von Winckel angegebene Cystenart halten Scanzoni und Förster für die allein vorkommende in der Scheide; doch ist durch zahlreiche Beweise diese Ansicht als irrig widerlegt.

Klebs vertritt wieder einen anderen Standpunkt in dem Streit über die Aetiologie der Vaginalcysten. Er will alle Cysten auf Sekretretention in den Lymphdrüsen, also als Lymphangiektasien, die im Bindegewebe liegen, zurückführen. Er glaubt seine Behauptung dadurch stützen zu können, dass er die innere Cystenwand mit einem feinen Endothel bedeckt fand, entsprechend der Auskleidung der Lymphgefässe.

Kaltenbach schildert den Entwickelungsvorgang der Vaginalcysten im wesentlichen ähnlich dem der Ovarialcysten; er leitet sie von einer stark angeregten Zellenproliferation im Unterhautzellgewebe ab, welche sich durch Erweichung zu cystösen Räumen mit mehrschichtiger Plattenepithelauskleidung heranbilden. Er sagt in der Schrift, wo er über einen Fall von zusammengesetzter Cyste der Scheide berichtet: »Wir können in vorliegendem Falle sehr deutlich die einzelnen Entwickelungsstufen der Cystenbildung verfolgen. Wir finden zunächst Zellenanhäufungen inmitten eines bindegewebigen Stromas, dann kleinere cystische Räume noch ohne distinkte Wand, endlich grössere mit schon differentem Bau der Wand und erweichtem Inhalte. Es bildeten sich also wohl aus den beschriebenen Zellenanhäufungen in

der Submucosa der Vagina kleine cystische Räume, welche zum Teil isoliert weiter wuchsen, zum Teil konfluierten und dadurch zwei grössere Hauptcystenräume produzierten, von deren Wand dann weitere Proliferationen, teils in Form neuer Nebencysten, teils in den papillären Wucherungen ausgingen.«

Es scheint trotz dieser genauen und wohl plausibeln Schilderung dennoch unwahrscheinlich, dass alle Vaginalcysten sich wie die eine von Kaltenbach beobachtete aus Zellenproliferationen in der Submucosa heranbilden.

Noch einer neuen Möglichkeit über die Entstehung von Vaginalcysten wandte Freund sein ganzes Interesse zu. Wenn ein kleinerer oder grösserer Teil vom untern Abschnitt eines Müllerschen Ganges an der Verschmelzung beider sich nicht beteiligt, sondern neben der sonst gut entwickelten Scheide liegen bleibt, so kann dieses Rudiment zur Bildung einer Cyste führen. In den Beiträgen zur Pathologie des doppelten Genitalkanals hat er einen in dieser Hinsicht interessanten Fall mitgeteilt.

Zuletzt müssen wir noch auf die Ansicht v. Preuschens näher eingehen, welcher sich eine grosse Zahl anderer Autoren angeschlossen hat. Er gibt seine Erklärung über die Entstehung der Vaginalcysten dahin ab, dass er sagt, es sind Retentionsgeschwülste in den Drüsen der Vaginalschleimhaut. Mit Luschka, Hyrtl, Huguier, Virchow und Heitzmann nimmt v. Preuschen an, dass es thatsächlich drüsische Elemente in der Scheidenschleimhaut gibt, welche analog den Talgdrüsen der Vulva aus einem kolbigen oberen Ende und verästelten unteren Fortsätzen sich zusammensetzen.

Demgegenüber leugnen Kölliker, Eppinger und noch viele andere das Vorkommen von Drüsen in der Vagina und Veit erklärt die epithelialen Einsenkungen in der oberen Schicht der Scheide identisch mit den von v. Preuschen anerkannten drüsigen Elementen.

v. Preuschen unterscheidet nun zwei Arten von Cysten, oberflächlichere in dem kolbigen Ende entstandene und tiefer gelegene in den schlauchförmigen Anhängen der Vaginaldrüsen; letztere Form hält er für die häufigere. In seiner Arbeit über Vaginalcysten beschreibt er mehrere Fälle von Cysten, welche sich aus wahren Drüsen entwickelten; auch Kümmel hat neben mehreren anderen Forschern von drei Patienten berichtet, deren Leiden auf Sekretretention in den drüsigen Elementen der Scheide zurückzuführen war.

Von all diesen angeführten Ansichten über die Entstehung der Scheidencysten haben die Erklärungen G. Veits und v. Preuschens am meisten Anklang gefunden und scheinen die besten zu sein, wenngleich auch nicht in Abrede gestellt werden kann, dass die Entwickelung von Vaginalcysten nach Meinung anderer Autoren unter seltenen Verhältnissen vorkommt.

Eine genaue Rubrizierung in eine dieser Kategorien dürfte wohl niemals für jeden Fall möglich sein.

Wenden wir unser Augenmerk nun auf die pathologische Anatomie der Vaginalcysten, so ist die Grösse, der Sitz, dann der Inhalt, hauptsächlich aber die Wandung in nähere Untersuchung zu ziehen, um dadurch die Frage entscheiden zu können, woher die Cysten ihren Ausgangspunkt nehmen.

Was die Grösse betrifft, so ist schon bemerkt, dass meist kleinere Cysten, von Erbsen- bis Haselnussgrösse, vorkommen, die Hervorragungen der Schleimhaut verursachen, aber, da sie fast keine Beschwerden machen, oft übersehen werden. Die Grösse der zur Beobachtung kommenden Cysten ist meist die der Wallnuss oder eines Apfels; über faustgrosse Cysten gehören schon zu seltenen Fällen.

Der Sitz kann für den pathologischen Anatomen wie für den Gynäkologen zur Feststellung der Diagnose unter Umständen bestimmend sein. Zum Beispiel wird eine Cyste der hinteren Scheidenwand niemals einer Dilatation der Gärtnerschen Kanäle ihre Entstehung verdanken, da diese Wege in der vorderen seitlichen Vaginalwand verlaufen. Ferner kann eine Cyste, die dem Verlauf der Scheide folgt und eine Spiraldrehung um diese macht, einen Anhaltspunkt bieten für die von Freund aufgestellte Hypothese, nach der sich die Vaginalcysten aus dem Müller'schen Gange entwickeln, der sich in der beschriebenen Weise um die Scheide dreht. Am häufigsten trifft man die Cysten im untern Drittel der Vagina eingelagert.

Der Cysteninhalt zeigt eine sehr verschiedene Beschaffenheit; bald ist er klar, dünnflüssig, bald schmutzigtrüb, chokoladenfarben, dick und zähflüssig; oft finden sich zahlreiche von der Wand abgestossene Zellenelemente, oft sieht man keine Spur von ihnen. Ueber den wirklichen Wert der Untersuchung des Inhalts gehen die Ansichten noch weit auseinander.

Während Kaltenbach in dem von ihm beobachteten Falle durch Auffinden von reichlichen Zellenderivaten im

Cysteninhalt seiner Behauptung eine thatsächliche Grundlage zu verleihen sucht, legt v. Preuschen wenig Gewicht auf seine genaue Untersuchung, wie dies die folgenden Worte seiner Schrift über Vaginalcysten klar hervorheben: »Es ist bekannt, dass der flüssige Inhalt derartiger Hohlräume einer Reihe fast typischer Veränderungen unterworfen ist, die teils in deren Inhalt selbst vor sich gehen, teils auf Veränderungen beruhen, welche bei längerem Bestande die Absonderungsmembran erfährt.«

Nur die genaue makro- und mikroskopische Untersuchung der Cystenwandung ist im Stande, neben den angeführten Momenten einen einigermassen sichern Anhaltspunkt über den Ursprung der Vaginalcysten zu liefern.

Makroskopisch kann man an der Dicke und Derbheit und etwaigen Auflagerungen erkennen, dass die Cyste in einer tieferen Schicht der Scheidenwand gelegen haben muss, da eben solche Cysten oberflächlich nicht vorkommen. Ob diese derbe Wandung, wie Winckel annimmt, nun durch entzündliche Prozesse entstanden ist, muss die mikroskopische Untersuchung aufklären.

Von der ausschlaggebendsten Bedeutung, woher die Cysten stammen, ist die histologische Beschaffenheit ihrer Wand.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass die Innenfläche der Wandungen fast regelmässig mit Epithel ausgekleidet ist, und zwar findet sich in der Mehrzahl der Fälle einschichtiges Cylinderepithel. Dagegen sind auch eine ganze Reihe von Vaginalcysten beschrieben worden, welche entweder eine gemischte Epithelauskleidung oder nur einfaches oder geschichtetes Plattenepithel aufweisen. Wie weit dies

diagnostisch vonWert sein muss, ersieht man sofort daraus, dass eine Cystenwand mit Plattenepithel niemals aus den Gärtnerschen Kanälen ihren Ursprung haben kann, da letztere bekanntlich nur mit Cylinderepithel bedeckt sind.

Allerdings legt Baumgarten gerade auf das Vorhandensein von cylindrischem neben plattem Epithel ein besonderes Gewicht für die Entstehung der Cysten aus den Gärtnerschen Kanälen, da er ersteres von der Auskleidung des Ganges, letzteres von der der Ausführungswege herleitet. Da aber bis heute eine äussere Oeffnung des Wolffschen Ganges noch nicht bewiesen ist, ist die Ansicht vorläufig noch nicht gestützt.

Werden Cysten in der hintern Scheidenwand diagnostiziert, die mit Cylinderepithel ausgekleidet sind, so kann auch diese Art von Cysten wegen des schon so oft erwähnten Verlaufes der Gärtnerschen Kanäle unmöglich von diesen Gebilden ausgehend betrachtet werden.

Allein nicht in allen Fällen ist die epitheliale Auskleidung genau nachzuweisen, da man oft nur ganz atrophisches, verändertes oder gar kein Epithel nachweisen kann, welches durch Druck des Cysteninhalts verloren gegangen ist. Die meisten Autoren nehmen jedoch an, dass auch solche Cysten früher von Epithel ausgekleidet waren.

Die nach v. Preuschen aus echten Vaginaldrüsen entstandenen Cysten besitzen auch manchmal cylindrisches, öfter gemischtes, meist aber plattes Epithel, was er dadurch begründet, dass er in den Ausführungsgängen der Drüsen bei seinen mikroskopischen Untersuchungen die gleiche Epithelart vorfand. Die gemischte Form wird dadurch leicht erklärt, dass sich die Cyste über die Grenze

vom Ausführungsgang in die schlauchförmigen Anhänge ausgedehnt hat, welche ja Cylinderepithel tragen. Die nach Kaltenbach durch Zellenproliferation entstandenen Cysten sind gleichfalls von Plattenepithel ausgekleidet und bietet hier die Untersuchung des Inhalts auf reichliche abgestossene Zellenreste das unterscheidende Merkmal von den sich aus Drüsen entwickelnden.

Aus allen diesen Befunden leuchtet es ein, dass die pathologische Anatomie durch Untersuchung der Grösse, des Sitzes, des Inhaltes und der Wandung der Cysten viele wertvolle Momente zur Diagnose und Aetiologie der Scheidencysten zu liefern im Stande ist. Dass es sich auch in dieser Richtung hauptsächlich um Cysten handelt, die aus den Gärtnerschen Kanälen oder aus Drüsengebilden stammen, müssen wir unbedingt annehmen.

Das Vorhandensein von Cylinderepithel in der Wandung und der typische Sitz der Cyste in der vorderen Vaginalwand entsprechend dem Verlauf des Wolffschen Ganges lassen auf die Entwickelung aus den Gärtnerschen Kanälen bestimmt schliessen, während Cysten der hintern Scheidenwand mit Plattenepithelauskleidung, zumal bei Nachweis von Drüsen in der Cystenwand, die Hypothese von v. Preuschen wahrscheinlich machen.

Beide Ansichten haben so viel Wahrscheinliches für sich und durch grundlegende Untersuchungen thatsächliche Stützpunkte bekommen, dass wohl beide Behauptungen neben einander bestehen können, ohne sich auszuschliessen.

Wiewohl nun unter Umständen die Entstehung der einen oder anderen Art von Cysten zu bestimmen leicht

sein kann, so giebt es doch Fälle, wo uns die genaueste Untersuchung auf Sitz und histologische Beschaffenheit der Wandung völlig im Stich lässt.

Indem ich nun auf meinen Fall zurückgreife, so glaube ich am ersten das Richtige zu treffen, wenn ich die Cysten aus Drüsen der Vaginalschleimhaut entstanden anspreche. Und zwar haben wir es hier wohl mit Cysten zu thun, die in den kolbigen Enden der Ausführungsgänge ihren Ursprung nahmen, von denen die eine eine für diese Form exzessive Grösse erreichte. Für diese Art spricht in erster Linie ihre dünne Wandung, welche mit geschichtetem Plattenepithel ausgekleidet ist. Ganz ausschliessen können wir schon wegen des Sitzes ihre Entstehung aus Dilatation des Wolffschen Ganges, da er in der vorderen Scheidenwand verläuft und stets mit Cylinderepithel innen bedeckt ist.

Die mikroskopische Untersuchung der Cystenwand nahm Prof. v. Baumgarten vor und konstatierte die eben geschilderten Befunde, worauf ich meine Ansicht betreffs der Entstehung der Cysten gründe. Er teilt als Resultat der Untersuchung mit: »Der exstirpierte Balg ist feinhäutig, besteht nahezu ausschliesslich aus einem dicken geschichteten Plattenepithel ohne stratum corneum (also weder Dermoid noch Atherom); wahrscheinlich Retentionscyste aus Drüsenausgängen.«

Im Uebrigen bietet dieser Fall die für grössere Scheidencysten typischen Symptome dar. Die starken menstruellen Blutungen, das Gefühl der Schwere und der drückende Schmerz in der Scheide, der Harn- und Stuhldrang müssen eben der gynäkologischen Untersuchung die Diagnose sichern.

Was die Therapie dieser mit Flüssigkeit gefüllten Cysten anlangt, so haben die Gynäkologen darin eine übereinstimmende Ansicht. Kommen die Vaginalcysten überhaupt zur Beobachtung, was ja meist nur bei grösseren der Fall zu sein pflegt, so darf man sich niemals damit begnügen, zu punktieren oder zu inzidieren, da zur Evidenz erwiesen ist, dass die Ränder der Stich- oder Schnittwunden meist rasch verkleben und sich die Hohlräume in kurzer Zeit wieder füllen. Injektionen von Jod oder Chlorzinklösung, die früher angewandt wurden, sind heutzutage nicht mehr gebräuchlich.

Zwei Arten der Behandlungsweise haben sich wegen ihrer guten Resultate ein Anrecht auf Befolgung erworben. Schroeder empfiehlt den über die Schleimhautoberfläche hervorragenden Teil mittelst der Scheere abzutragen und dann die abgeschnittenen Cystenwandränder mit der Vaginalschleimhaut zu vernähen. Er sah ausgezeichnete Erfolge nach diesem Verfahren; der Cystengrund nahm bald die Eigenschaften der Schleimhaut an.

Die andere Methode besteht in völliger Exstirpation der Cyste, was besonders leicht an der hinteren Vaginalwand gelingt. Bei grösseren Cysten ist allerdings die Ausschälung oft sehr schwer wegen der dünnen Wandung, sodass vor Beendigung der Operation der Inhalt zum Teil oder ganz herausgeflossen ist; zu hüten hat man sich auch unter Umständen vor Verletzungen der Harnröhre. Gefährlich kann die Operation dadurch werden, dass die Cysten in der Nähe des Douglasschen Raumes liegen und so durch Perforation eine Peritonitis erzeugen, welche leicht zum exitus führt. Daher gilt es als Regel, wenn man

solche Fälle rechtzeitig beobachtet, möglichst früh zu exstirpieren.

Zum Schluss erwähne ich noch einiges über die Gascysten in der Scheide, welche hauptsächlich erst durch Winckel Gegenstand der Diskussion geworden sind. Der Name Colpohyperplasia cystica ist von Winkel für dieses Leiden eingeführt, während andere Autoren es anders benennen. So bezeichnet es Eppinger als Emphysema vaginae, Ruge als Colpitis vesicula emphysematosa. Im hohen Grade scheinen Schwangere zu dieser Krankheit zu disponieren, da sie bei ihnen fast ausnahmslos beobachtet wurde. In jedem Falle ist eine starke katarrhalische Affektion der Scheide vorhanden.

Winckel hat drei Fälle von Gascysten in seiner Abhandlung über Vaginalcysten angegeben, von denen ich einen hier im Auszug wiedergebe.

A. W., 23 Jahre alt, gravida, hat zweimal geboren; bei der Aufnahme fanden sich keine Cysten. Erst am 19. Dezember wurden an der hintern Scheidenwand nicht weit vom Muttermund zwei fast erbsengrosse durchscheinende Cysten notiert. Bei der Geburt fand sich von der Mitte der Scheide an bis zum Ende des Vaginalgewölbes, jedoch nicht auf den Uterus übergehend, eine Reihe von kleinen Hervorragungen, die hanfkorn- bis erbsengross sehr dicht aneinander stehend als härtliche Knötchen zu fühlen sind und in der Mitte der vorderen Wand an Zahl und Grösse abnehmen. Im Spekulum erscheinen einzelne derselben als hell, durchscheinende, auf einer blassroten Prominenz befindliche Cysten, und angestochen entleeren sie kaum die Spur einer Flüssigkeit, kollabieren aber. Da

jedoch wegen bereits begonnenen Fruchtwasserabflusses die Scheide sehr schlüpfrig ist, so lässt sich nicht mit Bestimmtheit erkennen, ob einzelne in der That gar keine Flüssigkeit enthalten. Bei der Entlassung waren keine Cysten mehr vorhanden.

Den Unterschied dieser cystösen Gebilde von den mit Flüssigkeit gefüllten Hohlräumen sieht Winkel vor allem in dem zahlreichen Auftreten derselben, 15—20 auf kleiner etwa thalergrosser Fläche. Sodann fühlt man beim Touchieren oft ein pergamentartiges Knistern, welches von dem Gasinhalt herrührt, der sich beim Anstechen der Cyste durch ein zischendes Geräusch nach aussen entleert.

Ferner ist ihre Lage charakteristisch für die Diagnose, da sie als der Schleimhaut allein angehörende Cysten angesehen werden müssen, die in der allerobersten Schicht liegen. Dass oft mehr oder weniger Flüssigkeit neben Gasen in den Cysten vorkommt, mag wohl darin seinen Grund haben, dass die Wandungen öfter mit einem Endothel bekleidet waren, welches eine ähnliche Sekretionsfähigkeit wie die Schleimhaut besitzt. Die Wand besteht aus zwei dünnen Schichten, einer äussern Pflasterepithelschicht und einer innern Bindegewebsmembran.

Wenn zu verschiedenen Zeiten eine Differenz in der Grösse der Cysten gefunden wurde, so ist das wohl durch das Platzen der dünnen zwei Cysten trennenden Wand zu erklären.

Woher die Gase stammen ist noch nicht aufgeklärt. Man hat angenommen, dass Luft von aussen in die Scheide und von dort in die Cysten gelangt sei, oder dass sich die Sekrete der Scheide zersetzen und auf irgend einem

Wege in die Hohlräume dringen, oder dass schliesslich der Inhalt der Cyste selbst sich zersetzt hat und als Gas dieselbe füllt. Nach anderer Ansicht sollen es Blutgase, nach wieder anderer Pilze und Vibrionen sein, welche das Vaginalsekret oft reich an Luftblasen resp. Gasen, schaumig weiss machen. Winckel sieht als hauptveranlassendes Moment den stets vorhandenen Vaginalkatarrh an.

Die Behandlung der Gascysten ist gleich Null, da sie meist in den ersten Tagen des Wochenbetts wieder verschwinden und eigentlich niemals Beschwerden hervorrufen. Der einzige, der eine Behandlung des Leidens anwandte, Zweifel, empfahl Injektionen und Ausspülungen der Vagina mit stark verdünnten Säuren.

Litteraturangabe:

Winckel. Archiv für Gynäkologie. Bd. 2. 1871.

Zweigbaum. Ueber Cysten der Vagina. Gynäkologische Zeit schrift. Bd. III. Heft I.

G. Veit. Krankheiten der weibl. Geschlechtsorgane. II. Aufl.

R. Kaltenbach. Zusammengesetzte Cyste der Scheide. Arch. für Gyn. Bd. V. 1873.

W. A. Freund. Beiträge zur Pathologie des doppelten Genitalkanals. Zeitschrift für Geb. u. Gyn. 1877.

Veit. Vaginalepithel und Vaginaldrüsen. Virch.-Archiv 1889. Bd. CXXII.

C. Rieder. Ueber die Gärtnerschen Kanäle beim menschlichen Weibe. Virch.-Arch. 1884. Bd. XCVI.

C. Schroeder. Beiträge zur operat. Gynäkol. Zeitschrift für Geb. u. Gyn. 1878. Bd. III.

Förster. Handbuch der spez. pathol. Anatomie. Leipzig 1867.

Scanzoni. Lehrbuch der Krankh. der weibl. Sexualorgane. Wien 1859. II. Aufl.

Baumgarten. Virch.-Arch. 1887. CVII.

Beigel. Centralbl. für die med. Wissenschaft. Bd. 16. 1878.

P. C. Huguier. Memoires de la Soc. de chir. de Paris. 1847.

Klebs. Handbuch d. pathol. Anatomie. 1876.

Ladreit de la Charrière. Archives générales. T. I. 1858.

v. Preuschen. Virch.-Arch. Bd. LXX.